

2017-2018 SEASONAL
(Temporal)

INFLUENZA CONSENT FORM
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA DE LA INFLUENZA

Statement of Understanding, Permission, and Agreement
Declaración de Entendimiento, Permiso, y Acuerdo

Last Name _____ **First Name** _____ **MI** _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segunda Inicial)

Social Security Number _____ **Date of Birth** _____ **Race** _____ **Sex: Male** ___ **Female** ___ **Age** _____
(Número de Seguro Social) (Fecha de Nacimiento) (Raza) (Sexo) (Masculino) (Femenino) (Edad)

Address _____ **Telephone #** _____
(Dirección) (Numero de Teléfono)

Medicare Number _____ (Copy Front & Back of Insurance Card & Attach to Form)
(Número de Medicare)

Insurance Name: _____
(Nombre de Aseguranza)

Policy # _____
(Número de Póliza)

Address: _____
(Dirección)

Medicaid Number _____
(Número de Medicaid)

STATEMENT OF UNDERSTANDING: I have read and I understand the information provided to me about receiving vaccines for influenza, and I have had the opportunity to ask questions. I understand that being allergic to eggs may be a reason for not receiving the influenza vaccine. I affirm to the best of my knowledge that the following questions have been answered truthfully:

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO: He leído y entendido la información presentada acerca de la vacuna de la influenza y he tenido la oportunidad de Hacer preguntas. Entiendo que ser alérgico al huevo puede ser razón para no recibir la vacuna de la influenza. Yo afirmo con conocimiento que la pregunta siguiente ha sido contestada sinceramente:

	<u>Circle Yes or No</u>	
	<u>Circule Si o No</u>	
1. Are you allergic to eggs? Es usted alérgico/a al huevo?	Yes Sí	No No
2. Have you had a serious allergic reaction to Influenza Vaccine? Ha tenido una reacción alérgica a la vacuna de la influenza?	Yes Sí	No No
3. Do you have history of Guillain-Barre' Syndrome? Tiene Usted un historial de síndrome de Guillain-Barre'?	Yes Sí	No No
4. Do you have a fever with a temperature above 100? Tiene usted fiebre más de 100 gradas de temperatura?	Yes Sí	No No
5. Do you have asthma? Tiene usted Asma?	Yes Sí	No No
6. Do you have a latex allergy? Tiene usted alergia al latex?	Yes Sí	No No

Continued on next page
continua en página siguiente

STATEMENT OF PERMISSION AND ASSIGNMENT: I voluntarily give my permission to receive the influenza vaccine. I understand that payment for this service may be made in accordance with the provisions of Title XVIII of the Social Security Act (Medicare), and/or Title XIX of the Social Security Act (Medicaid); and/or private insurance or other third-party payor. I hereby authorize the provider of service to release information necessary for the processing of any claim for payment made on my behalf, and I authorize payment to the provider for such claim **I understand that I am responsible for any costs incurred that are not covered by a third-party payor.**

DECLARACIÓN DE PERMISO Y OBLIGACIÓN: Doy permiso voluntariamente para recibir la vacuna de la influenza. Entiendo que el pago por este servicio puede ser en acuerdo a las disposiciones del título XVIII del acto de Seguro Social (Medicare, y/o título XIX del acto de Seguro Social (Medicaid); y/o Aseguración Privada u otro reclamo de pago hecho en nombre suyo, y autorizo pago al proveedor de dicho reclamo **Entiendo que soy responsable por cualquier costo que no sea pagado por Medicare, Medicaid o Aseguración Privada.**

Signature (Firma)

Date (Fecha)

Para uso del proveedor solamente

For Provider Use Only: Influenza Vaccine Mfg: _____ Lot #: _____ Expires: _____
Injection Site: _____ Right _____ Left
 _____ Deltoid _____ Thigh

Administered by: _____

Date: _____

Type of Vaccine given:

- With Preservative**
- Without Preservative**

State Supplied

- Uninsured child ≤ 18 years old
- Medicaid child ≤ 18 years old
- American Indian/ Alaskan Native
- CCHD Family Planning/Be Smart Medicaid
- Uninsured Maternity

Paid

- Adult Medicaid
- Medicare
- Private Insurance
- BCBS Employee
- Uninsured- Cash/Check
- Other

ATTENTION RN: PLEASE INFORM CLIENT THAT
Two doses given at least four weeks apart is recommended for children aged 6 months through 8 years of age who are getting a flu vaccine for the first time.